

Stroke och TIA

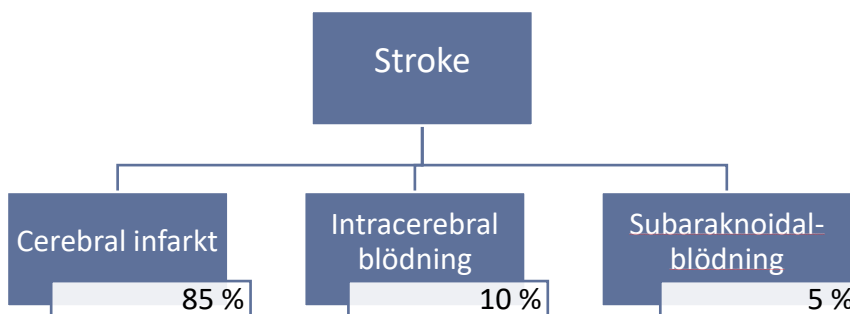
PATIENTRAPPORT FRÅN RIKSSTROKE

UTGIVEN SEPTEMBER 2025

INTRODUKTION

Det nationella kvalitetsregistret Riksstroke publicerar årligen rapporter om den svenska strokevårdens kvalitet. Årsrapporten som innehåller information om den svenska vården av stroke och transitorisk ischemisk attack (TIA) vänder sig främst till sjukvården och beslutsfattare och publiceras årligen. Vi har även en årlig kortare rapport med aktuella data på engelska och vi ger även ut rapporter om hur patienter har det ett eller tre år efter stroke. Vissa delar av strokevården ändras över tid men skillnaden mellan åren är inte alltid så stor. Utvecklingen över längre tid har däremot i vissa fall varit påtaglig men kan vara lite svår att utläsa om man inte läser många rapporter i följd. I samråd med patientrepresentanter vill vi därför presentera en rapport som är mer översiktlig och beskriver utvecklingen av svensk strokevård över tid och likaså hur det går för patienterna. Denna rapport vänder sig främst till allmänheten.

Begreppet stroke omfattar ischemisk stroke, i vardagligt tal kallat "propp i hjärnan", intracerebral blödning ("hjärnblödning") och subaraknoidalblödning ("hjärnhinneblödningar") (fig1). Ischemisk stroke och intracerebrala blödningar har mycket likartat insjuknande och går inte att säkert skiljas åt utan radiologisk undersökning, vanligen skiktröntgen av hjärnan. Hjärnhinneblödningar debuterar oftast med akut isättande svår huvudvärk Och beror ofta på ett brustet pulsåderbräck i skallen.



Figur 1. De olika stroketyperna. Till detta kommer TIA, där alla besvär går helt tillbaka inom 24 timmar.

TIA beror på en övergående syrebrist i hjärnan, vanligen en propp som löser upp sig inom ett dygn. Vid stroke kvarstår besvären även efter 24 timmar. Däremot kan de besvär man får vara identiska. Utredning och förebyggande behandling är också väsentligen desamma. För alla personer som får en stroke och TIA är det mycket viktigt att snabbt söka och få vård, så att utredning och diagnos kan ske snabbt och korrekt rätt behandling ges.

AKUT STROKEVÅRD

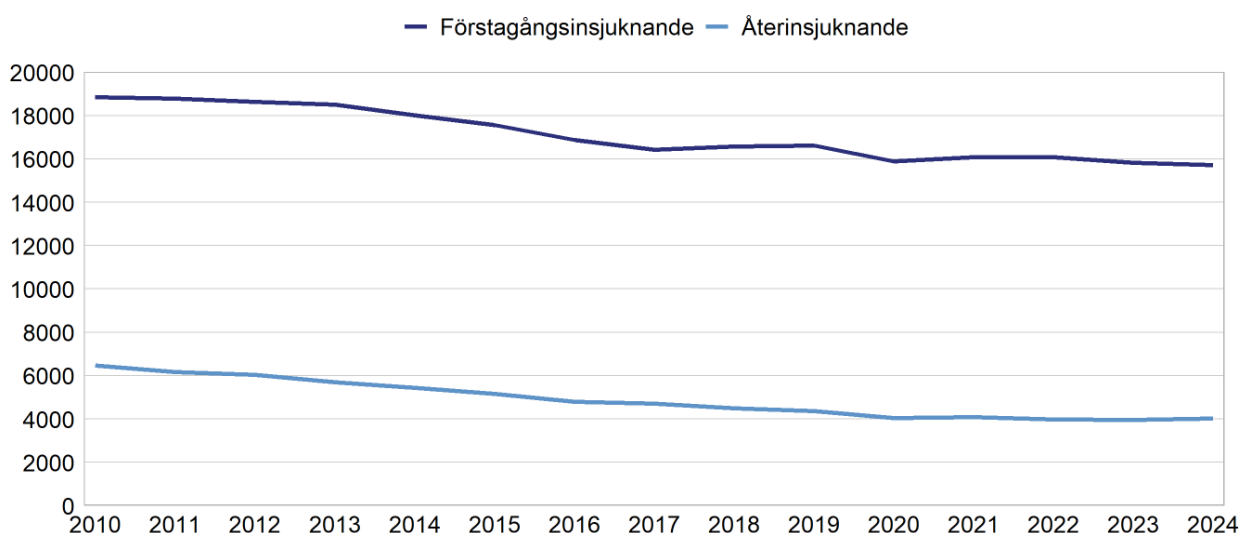
Den akuta strokevården i Sverige håller överlag hög kvalitet. Men, kvaliteten varierar mellan sjukhus och regioner. Alla patienter i Sverige ska ha rätt till en god jämlik vård. Det finns tydliga riktlinjer för vilken vård som ska erbjudas, dels i de nationella riktlinjerna som Socialstyrelsen ger ut, dels i det strukturerade vårdförloppet för stroke och TIA som tagits fram. Trots de stora framsteg som gjorts så får fortfarande var femte patient inte tillgång till kvalificerad strokevård på en strokeenhet under det första dygnet. Något som lyfts fram både i nationella riktlinjer och i vårdförloppet. Så har det varit det senaste decenniet och detta är en av de tydligaste kvalitetsbristerna i strokevården. Den viktigaste orsaken till detta är brist på strokeenhetsvårdplatser på vissa sjukhus. Det brister också i vidareutbildning av personal som kan bemanna dessa platser. Kvaliteten på strokeenheterna, om de verkligen uppfyller de kriterier som föreskrivs för en strokeenhet, varierar också i landet.

Blodproppslösande behandling (reperfusion) endera med läkemedel (så kallad trombolys) eller borttagning av proppen (trombektomi) har blivit alltmer tillgängligt. Detta är en annan åtgärd som lyfts fram både i nationella riktlinjer och vårdförloppet. Andelen patienter med ischemisk stroke som behandlas med akut reperfusion har ökat och var år 2024 hela 21 %. Tillgången till behandling med trombektomi uppvisar dock stora skillnader mellan sjukvårdsregionerna. Det finns fortfarande även stora geografiska variationer i planerad rehabilitering efter utskrivningen.

Men, mycket blir bättre.

Varje år insjuknar drygt 20 000 personer i stroke och knappt 10 000 personer i TIA. Antalet personer som får stroke har minskat successivt över det senaste femton åren (figur 1). Detta trots att invånartalet har ökat med en miljon personer under samma tidsperiod. Andelen återinsjuknade har också minskat vilket också är mycket glädjande.

Antal strokeregistreringar i Riksstroke



Figur 2. Antalet registreringar i Riksstroke 2010–2024, uppdelat på förstags- och återinsjuknanden.

Medelåldern vid stroke och TIA har varit ganska oförändrad under det senaste decenniet. För TIA var medelåldern 75 år (74 år för män och 76 år för kvinnor) år 2024. För stroke var medelåldern också 75 år (73 år för män och 77 år för kvinnor). Något fler män än kvinnor insjuknar i stroke och TIA men skillnaden är inte så stor. En större andel av kvinnorna är ensamboende vid insjuknandet och en större andel bor också i särskilt boende (tabell 1). Detta speglar rimligen att kvinnor vanligen är äldre vid insjuknandet.

Tabell 1. Boende hos män och kvinnor före insjuknandet, strokepatienter 2024.

Boende	Män, %	Kvinnor, %	Totalt, %
Ensamboende	38%	56%	46%
Särskilt boende	5%	8%	6%

Riskfaktorer

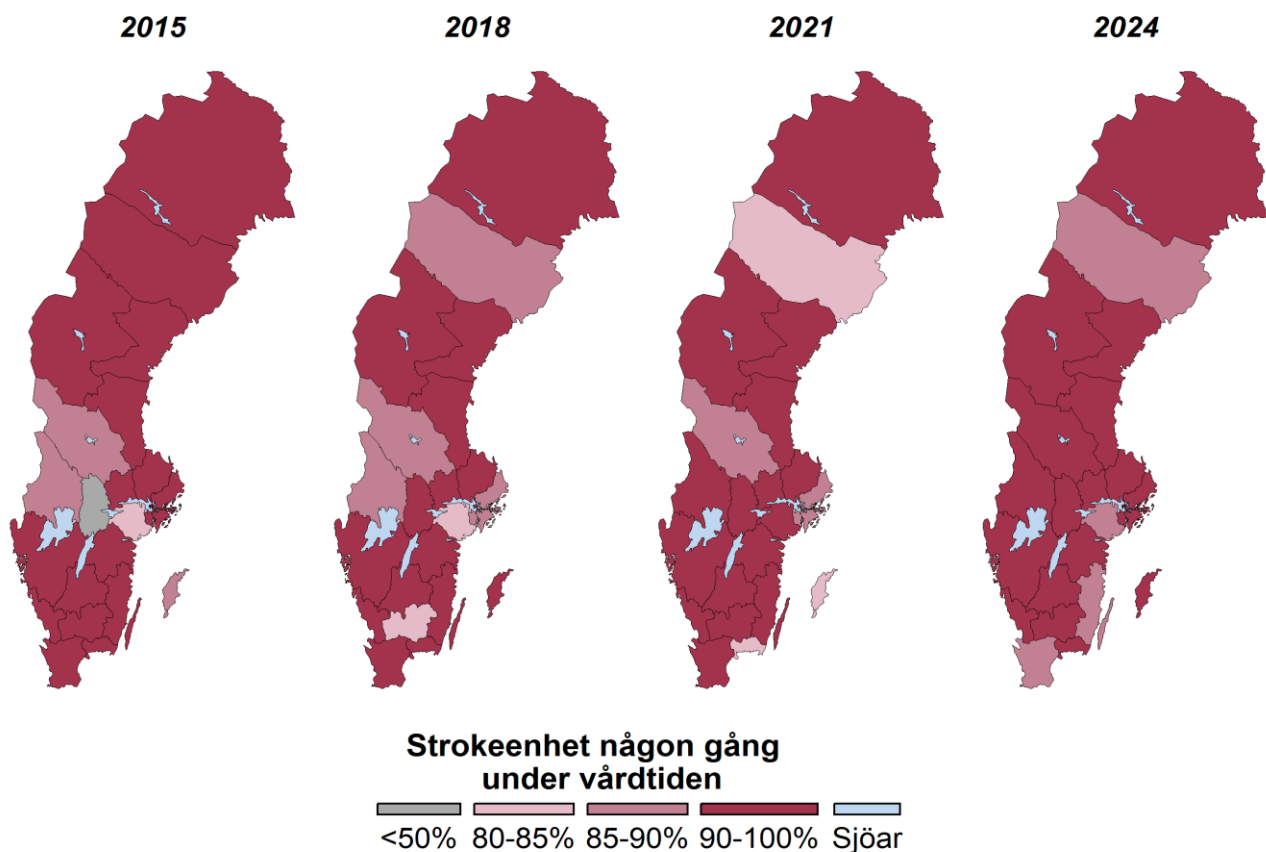
De vanligaste riskfaktorerna för TIA och stroke finns beskrivna i tabell 2. Högt blodtryck, förmaksflimmer, Diabetes och rökning är vanliga riskfaktorer. Rökning är påtagligt mycket vanligare hos yngre individer, bland personer under 55 år som insjuknar i stroke är ungefär var fjärde rökare, jämfört med knappt var åttonde i hela gruppen. Det finns även andra riskfaktorer för stroke som inte registreras i Riksstroke. Exempel på det är stillasittande, nedstämdhet, höga blodfetter, onyttig diet, stress och alkoholöverkonsumtion.

Tabell 2. Riskfaktormönster hos män och kvinnor före insjuknandet, hos TIA- och strokepatienter 2024.

Riskfaktorer	Stroke män, %	Stroke kvinnor, %	Stroke totalt, %
ADL-beroende	8%	12%	10%
Tidigare stroke	21%	20%	20%
Tidigare TIA	9%	9%	9%
Behandlas mot högt blodtryck	63%	66%	64%
Förmaksflimmer, tidigare känt	22%	21%	22%
Förmaksflimmer, nyupptäckt	6%	7%	7%
Förmaksflimmer, nyupptäckt eller tidigare känt	29%	28%	28%
Diabetes	27%	22%	25%
Rökare	14%	12%	13%

Strokeenhet

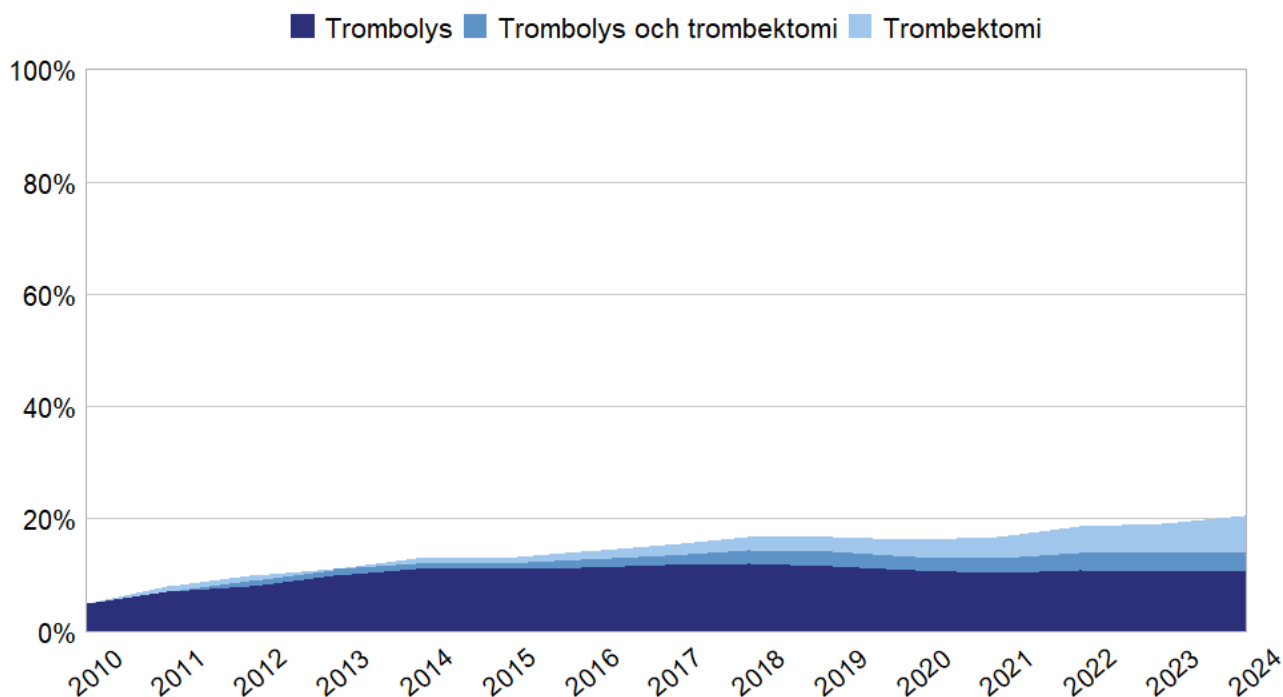
Strokeenhet är den typ av vårdenhet som visats ge bäst chans till god återhämtning efter TIA och stroke. En strokeenhet är en avdelning där personalen har särskild utbildning om stroke och har fokus på TIA och strokevård. Av TIA-patienterna lades 85 % in på strokeenhet direkt 2024. Andel akuta strokepatienter som någon gång under vårdtiden vårdades vid strokeenhet var fortsatt hög, 94 %. Men, vid flera sjukhus vårdas dock många strokepatienter inte på strokeenhet under det kritiska första dygnet (figur 2). Var femte strokepatient på riksnivå, en nivå som också varit stabil över åren. Detta ser vi som en av de tydligaste kvalitetsbristerna inom den akuta svenska strokevården.



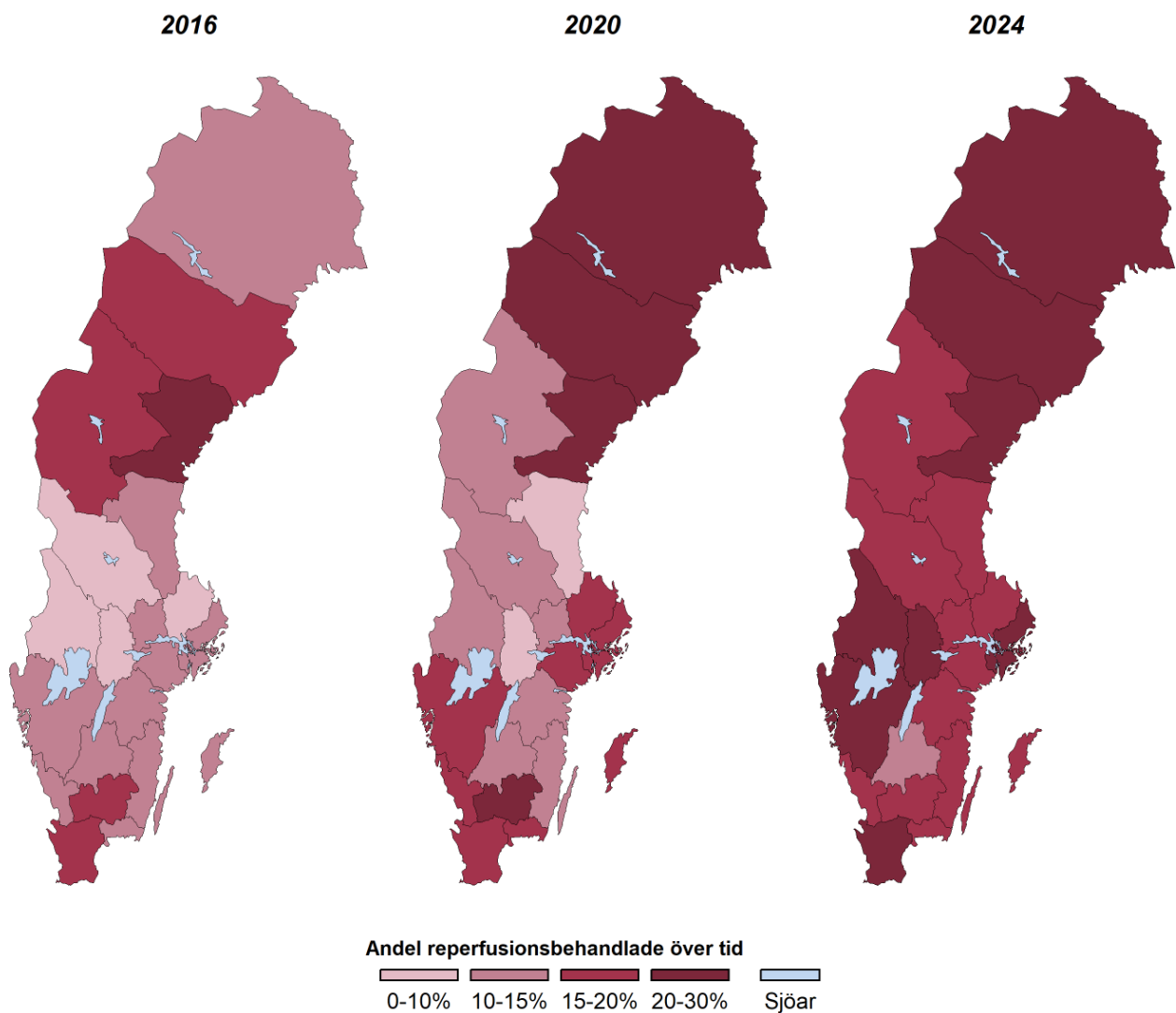
Figur 2. Andel strokepatienter som någon gång under vårdtiden vårdades på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning per region 2015, 2018, 2021 och 2024.

Reperfusionsbehandling

Vid propp i hjärnan, ischemisk stroke, är propplösande behandling med trombolys eller mekanisk borttagning av större propp, trombektomi en ibland helt avgörande behandling. Det är glädjande att se att en större andel idag får tillgång till dessa behandlingar (figur 3–4). Det är fortfarande viss variation mellan sjukhus och regioner men ålder verkar inte längre påverka möjligheten att få tillgång till behandling.



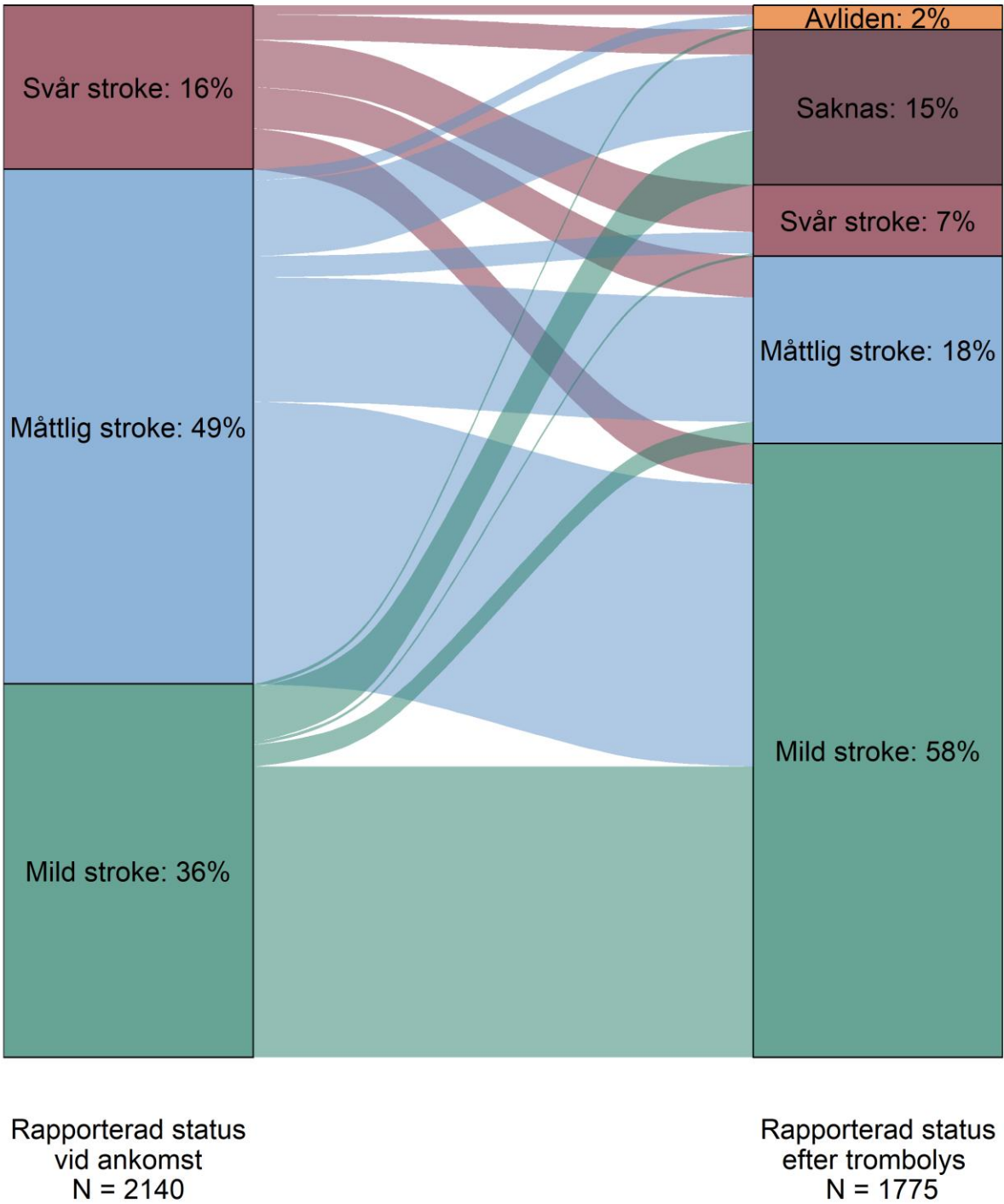
Figur 3. Andel patienter med ischemisk stroke som fått reperfusionsbehandling 2010–2024.



Figur 4. Andel patienter med ischemisk stroke som reperfusionsbehandlats år 2016, 2020 och 2024, per region.

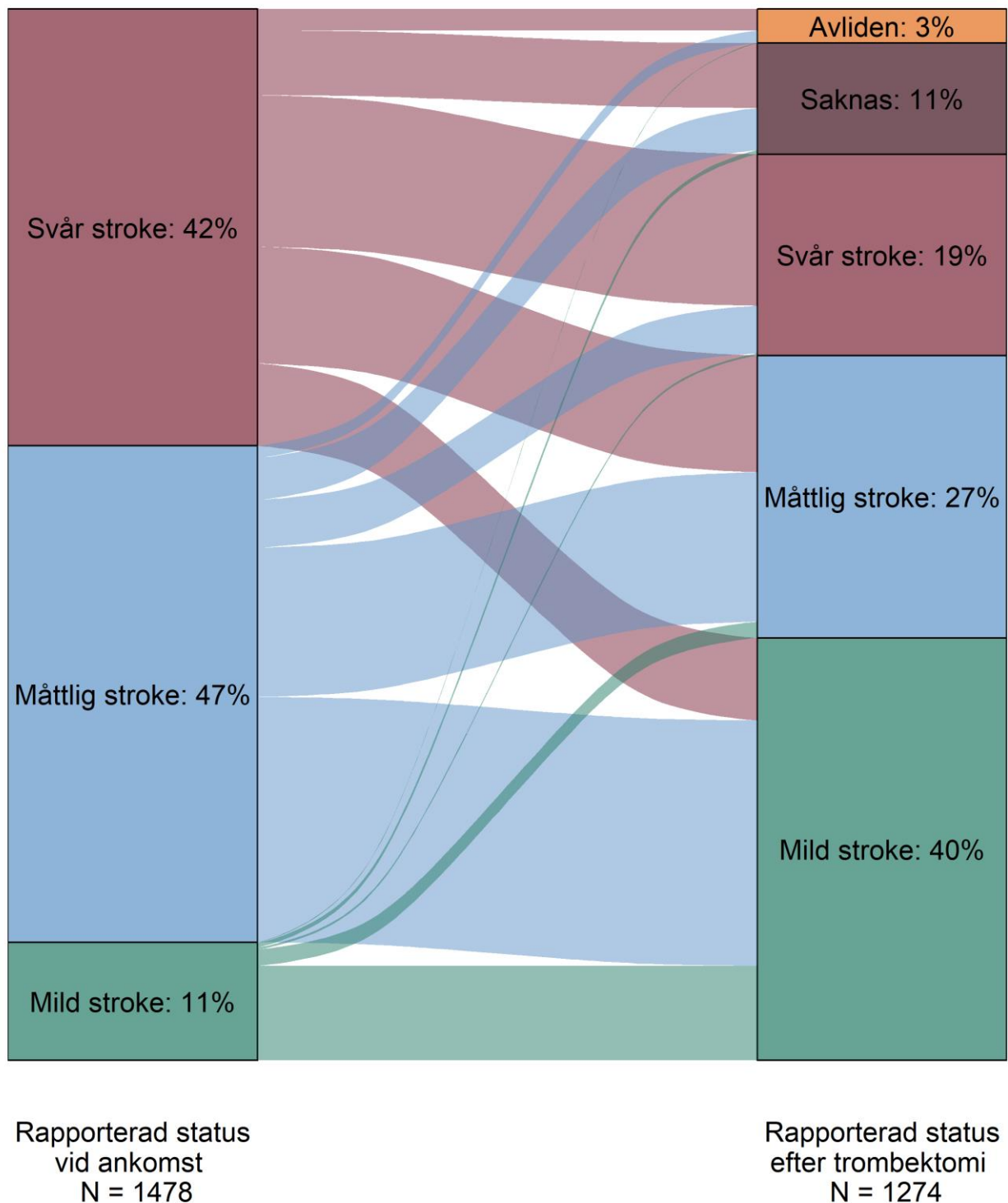
De flesta som får blodproppslösande behandling (trombolys) eller mekanisk proppborttagning (trombektomi) förbättras. Men, som med alla behandlingar, så gör inte alla det. I figur 5 och 6 beskrivs effekten av trombolys och trombektomi.

Strokeomfattning före och efter trombolys



Figur 5. Visar grafiskt besvären och omfattningen av stroke före (vänster) och efter(höger) trombolys under 2024.

Strokeomfattning före och efter trombektomi



Figur 6. Visar grafiskt besvären och omfattningen av stroke före (vänster) och efter (höger) trombektomi under 2024.

Förebyggande behandling

Förebyggande behandling är mycket viktigt efter alla typer av stroke för att minska risken för återinsjuknande. Följande förebyggande behandlingar rekommenderas för de flesta efter:

Alla typer stroke och TIA:

- Blodtryckssänkande behandling

Ischemisk stroke och TIA:

- Statiner
- Blodplättshämmande behandling om inte förmaksflimmer (Trombyl/ klopido-rel)
- Blodförtunnande behandling vid förmaksflimmer (orala antikoagulantia)

Behandling med blodplättshämmare har legat stabilt mycket högt under många år.

Blodtryckssänkande behandling får tre av fyra patienter och det har också varit så länge. Varför inte fler får denna behandling är oklart. Andelen patienter med förmaksflimmer och TIA eller ischemisk stroke som behandlades med antikoagulantia var tidigare ganska låg men har ökat påtagligt under det senaste decenniet och är nu på en hög nivå utan könsskillnader eller geografiska skillnader som sågs tidigare. Även andelen som får statinbehandling har ökat men till skillnad från antikoagulantibehandling har inte könsskillnaden försvunnit.

Råd

Drygt två tredjedelar av de med körkort (69 %) rapporterades ha fått råd om sin bilkörning efter sin TIA. Efter stroke rapporterades att 59 % hade fått råd om bilkörning och råd hade inte bedömts vara relevant för var fjärde. Ungefär hälften av rökarna rapporterades ha fått råd om rökstopp efter sin TIA eller stroke. Eftersom rökning är en viktig riskfaktor är detta ett tydligt förbättringsområde. Tre månader efter stroke har två av fem personer som rökte vid insjuknandet slutat att röka.

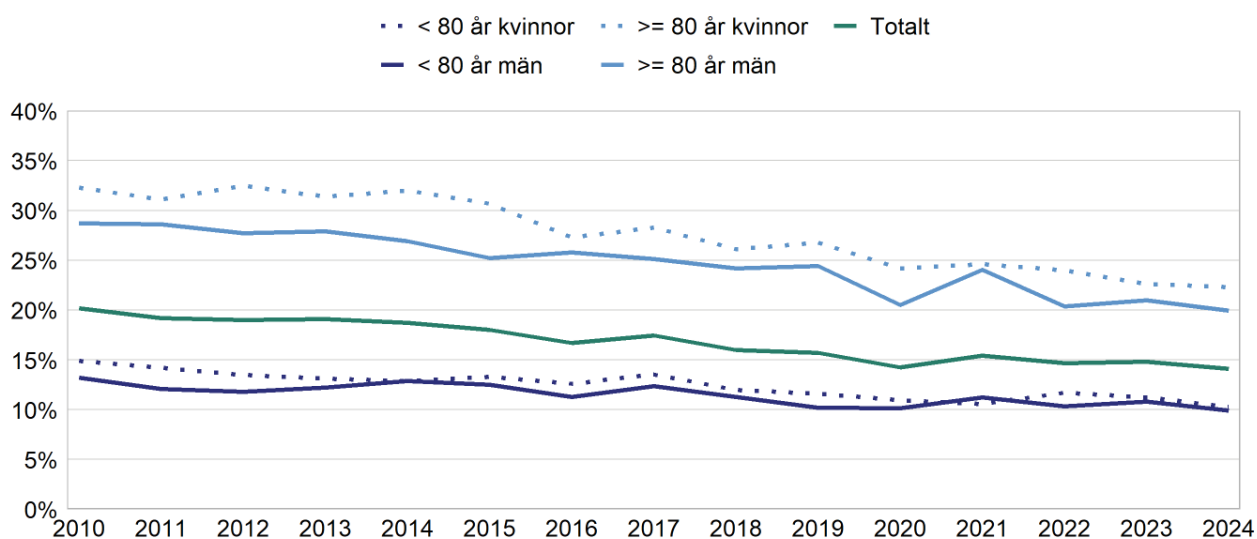
Uppföljning

Uppföljning efter stroke och TIA uppges planeras för nästa alla nuförtiden. I både nationella riktlinjer och i vårdförloppet för TIA och stroke rekommendera systematisk uppföljning. Vi saknar tyvärr information om uppföljning är systematisk eller inte.

HUR GÅR DET SEN?

Idag i Sverige så överlever 85 % sin stroke. Och det går på det hela bättre för de som insjuknar i stroke idag jämfört med tidigare. Andelen som är beroende av hjälp från andra för att klara nödvändiga aktiviteter i dagliga livet, så kallat ADL, har sjunkit, oavsett ålder och kön (figur 10). Detta innebär att två av tre personer som insjuknat i stroke idag överlever och klarar sina vardagliga aktiviteter självständigt. Men fortfarande har knappt var tredje helt kunnat återgå till sina tidigare aktiviteter och liv.

Andelen patienter som är ADL-beroende 3 månader efter insjuknandet

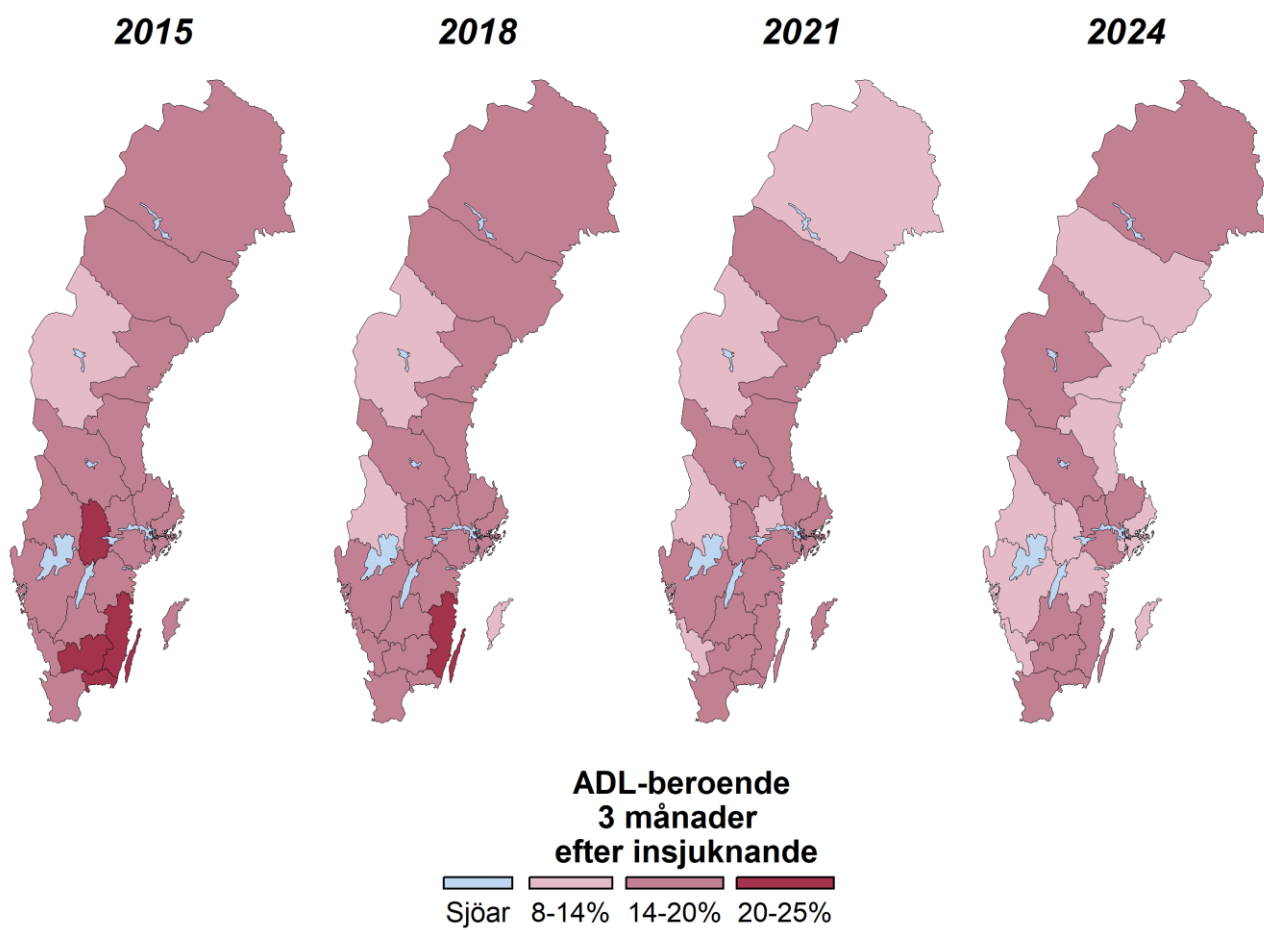


Figur 10. Utvecklingen under 2010–2024 av andelen patienter som 3 månader efter insjuknandet i stroke uppgav sig vara ADL-beroende. Uppdelat på kön och ålder samt totalt. Beräkningarna baseras enbart på personer som före insjuknandet var ADL-oberoende.

*Information om ADL-beroende registreras ej för TIA-patienter

Tre månader efter stroke anger nästan fyra av fem att deras hälsotillstånd är mycket eller ganska gott. Hälften uppger att de inte har svårigheter att tänka, koncentrera sig eller minnas efter stroke. Men drygt var fjärde strokeöverlevare upplevde svårigheter som påverkade deras dagliga aktiviteter. Under ganska många år har cirka hälften av de strokeöverlevare som bor hemma rapporterat att de är beroende av hjälp eller stöd tre månader efter insjuknandet. Denna andel varierar, som tidigare, kraftigt mellan olika kommuner och regioner (39–50 %) (figur 11). Knappt hälften kan genomföra lokala resor på egen hand. Samma andel uppger att de fått tillräckligt stöd från sjukvården och kommunen efter sjukhusvistelsen.

Det kan konstateras att även om mycket har blivit bättre så finns det fortfarande förbättringsutrymme för svensk strokevård. Alla som insjuknar i stroke och TIA borde kunna få tillgång till strokeenhetsvård direkt vid inläggning. Uppföljning i enlighet med vårdförloppets intentioner, strukturerat och regelbundet, behöver följas upp. På så sätt kan behov av stöd och hjälp identifieras och erbjudas så att mer än hälften känner att de fått den hjälp de behöver.



Figur 11. Jämförelse mellan regionerna av andelen av tidigare ADL-oberoende patienter som var ADL-beroende 3 månader efter insjuknandet i stroke 2015, 2018, 2021 och 2024.

AVSLUTANDE ORD

Det är många som på olika sätt medverkat till denna rapport från Riksstroke och bakom de siffror som visas i rapporten finns mycket arbete syftande till att upprätthålla och förbättra strokevården i Sverige. Bakom varje siffra finns också en person. **Jag vill särskilt tacka alla som arbetat hårt med registrering och alla patienter och närstående som besvarar våra enkäter!**

Jag vill också varmt tacka alla som hjälpt till att ta fram denna rapport och ett särskilt tack till Strokeförbundet och Annelie!

På Riksstrokes hemsida www.riksstroke.org finns alla olika rapporter.

För Riksstrokes styrgrupp



Mia von Euler, ordförande och registerhållare

Styrgruppen för Riksstroke

Mia von Euler, professor, överläkare, ordförande och registerhållare, Örebro

Bo Norrving, seniorprofessor, Lund

Marie Eriksson, professor, statistiker, Umeå

Per Wester, professor, överläkare, Umeå och Stockholm

Signild Åsberg, docent, överläkare, Uppsala

Teresa Ullberg, docent, överläkare, Lund

Katharina Stibrant Sunnerhagen, professor, överläkare, Göteborg

Anneli Torsfeldt Heikenborn, patientrepresentant, Stockholm

Anna Bråndal, medicine doktor, legitimerad fysioterapeutspecialist, Umeå

Alex Szolics, medicine doktor, överläkare, Stockholm

Christina Sjöstrand, docent, överläkare, Stockholm

Elisabeth Ronne Engström, professor, överläkare, Uppsala

Hannele Hjelm, sjuksköterska, nationell Riksstrokekoordinator, Umeå

Riksstrokes sekretariat

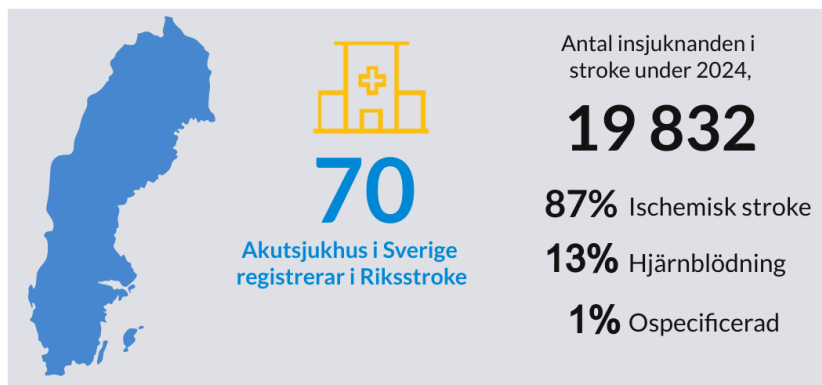
Per Ivarsson, kanslichef, systemförvaltare

Hannele Hjelm, sjuksköterska, nationell Riksstrokekoordinator

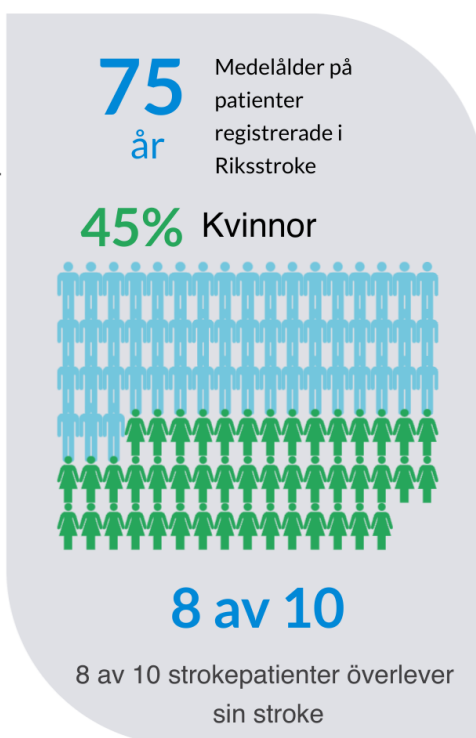
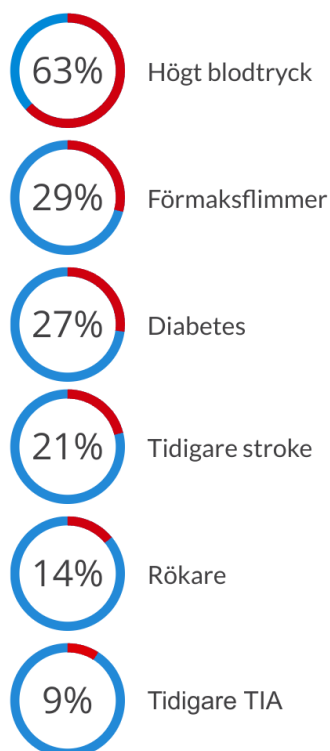
Fredrik Jonsson, statistiker

Sara Korpela, sjuksköterska, biträdande Riksstrokekoordinator

Riksstroke i siffror 2024



Riskfaktorer för stroke



76%

Av patienterna blir uppföljda 3 månader efter strokeinsjuknandet



39%

Av de som insjuknar i stroke kommer till sjukhuset inom 4,5 timmar



86%

Av alla strokepatienter vårdas på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik som första vårdenhet



21%

Blir behandlade med reperfusionsbehandling vid ischemisk stroke.



49%

Blir behandlade med trombolys inom 30 minuter efter ankomst till sjukhuset.



64%

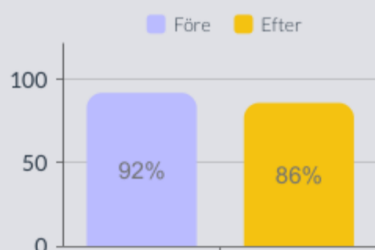
Blir undersökta med DT Angiografi vid insjuknandet.



87%

Är nöjda med rehabiliteringen de fått efter utskrivning från sjukhuset.

ADL oberoende före insjuknandet och 3 månader efter stroke



69%

uppgav att de kunnat återgå till det liv och aktiviteter som de hade innan strokeinsjuknandet helt eller delvis.

